ITEM 67 : TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum = tous les états de trouble psychiatrique lié à la période périnatale s'étendant de la **conception** jusqu'à la **1ère année** après l'accouchement
- Profonds remaniements somatiques et psycho-socio-biologiques, facteur de stress majeur pour la mère
- Possible apparition, exacerbation ou atténuation des troubles psychiatriques

Facteurs de risque

➙ A dépister lors de **l'entretien du 4ème mois**

Vulnérabilité psychique	- **Antécédents de troubles psychiatriques** personnels ou familiaux - Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool
Environnementaux	- Culturels : **femmes migrantes** principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différentes autour de la maternité et de la grossesse - **Antécédents d'abus** ou de **maltraitance** dans l'enfance - **Précarité socio-économique, isolement, faible niveau d'éducation** - Contexte de la grossesse : **mère célibataire, difficultés conjugales, grossesse non désirée**
Gynéco-obstétricaux	- **Primiparité** - **Découverte** ou **suspicion de malformation ou de pathologie fœtale** - **Grossesse compliquée** : diabète gestationnel, hypertension gravidique… - **Accouchement dystocique, césarienne** (surtout en urgence ou sous AG), **prématurité, petit poids de naissance** - Âge : **adolescence** < 20 ans ou **grossesse tardive > 35 ans** - Grossesse non désirée

Troubles psychiatriques préexistants

Trouble psychiatrique	= **Trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, schizophrénie** - **Tendance à l'atténuation des troubles psychiatriques préexistants** lors de la grossesse - **Post-partum** : période à risque important de **décompensation** ➙ La grossesse doit faire l'objet d'un projet thérapeutique : envisagée en cas de trouble équilibré depuis plusieurs mois, suivi en secteur spécialisé par un psychiatre et un obstétricien ➙ En post-partum : prévention des décompensations psychiatriques et des troubles de l'attachement		
Addiction	- **Information sur les risques de la prise de toxique**s pendant la grossesse, en évitant tout culpabilisation et stigmatisation - Evaluer l'avantage du **sevrage** ou de la **substitution** - A la naissance : surveillance pédiatrique du nouveau-né, accompagnement des interactions précoces, suivi par les services de PMI et sociaux		
Troubles anxieux	- Souvent l'expression d'un trouble pré existant, post partum propice à l'aggravation, dont TOC.		
Traitement psychotrope pendant la grossesse	➙ **Tous les traitements psychotropes traversent la barrière placentaire** - Evaluer le rapport bénéfice/risque de tout traitement psychotrope - Traitement prescrit à posologie efficace : possible augmentation ou diminution lors de la grossesse (modification pharmacocinétique physiologique) - Ne jamais arrêter brutalement un traitement lors de la découverte d'une grossesse : risque de **sevrage** ou de **décompensation du trouble** sous-jacent - **Surveillance du nouveau-né** si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement - Utiliser le site internet CRAT (Centre Référence des Agents Tératogènes)		
	Anxiolytique	- Privilégier : **oxazépam** et **lorazépam** (demi-vie courte) ou **hydroxyzine**	
	Antidépresseur	➙ Ne pas prescrire de **paroxétine** pendant le 1er trimestre (risque malformatif)	
		Pendant la grossesse	- ISRS : **fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram** - IRSNA : **venlafaxine** - Tricyclique : privilégier la **clomipramine**
		Pendant l'allaitement	- ISRS : **paroxétine, sertraline** - Tricyclique : **clomipramine**
	Anti-psychotique	- **Halopéridol**, **chlorpromazine**, **olanzapine** : les plus documentés, à privilégier - En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : **amisulpride**	
	Thymo-régulateur	- **Lamotrigine**, **olanzapine** : les plus documentés = à privilégier - **Lithium** : tératogène au 1er trimestre (**malformations cardiaques**) ➙ utilisation possible selon le rapport bénéfice/risque, après discussion avec la patiente et sous suivi strict multidisciplinaire obstétrical, psychiatrique et pédiatrique ➙ Contre-indication formelle de **l'acide valproïque**	
	Electro-convulsivo-thérapie	= Indication privilégiée en cas de trouble de l'humeur ou de trouble psychotique sévère lors d'une grossesse - Prévention systématiquement associée de la MAP après 24 SA : **tocolyse**	

Trouble psychique pendant la grossesse	**Nausées/ vomissement gravidiques**		- **Physiologique** dans **50**% des cas : sans retentissement sur l'état général, disparaît au **2ème trimestre** - **Majoration** ou **pérennisation des vomissements** : **cause psychologique**, après avoir éliminé un **trouble organique** (hyperthyroïdie, affection hépatique, HTIC…) - Risques : **perte de poids, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques**
	Troubles anxieux		= **5 à 15%** des femmes : plus fréquent au 1er et au 3ème trimestre - Inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse : modifications corporelles, risque de malformation foetale, angoisse de l'accouchement, capacité à s'occuper du bébé - Manifestation : **crainte permanente, crises d'angoisse, conduite d'évitement** ou **de réassurance, obsessions, rituels, irritabilité, envies alimentaires, troubles du sommeil** - Aggravation fréquente en post-partum - Risque d'évolution vers un **épisode dépressif caractérisé**
		PEC	- **Accompagnement** par des **méthodes de préparation à l'accouchement** : information sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, techniques de relaxation - **Psychothérapie** selon la sévérité - **Anxiolytique** en dernier recours - Suivi : réévaluation des symptômes dans le post-partum
	Episode dépressif caractérisé		= **10 à 20%** des femmes : généralement d'intensité légère ou moyenne - Symptomatologie non spécifique de la grossesse, hormis la **culpabilité centrée sur le fœtus** et le **sentiment d'incapacité maternelle** **- FDR de complications obstétricales** - Risque majeur d'évolution vers un **épisode dépressif caractérisé** du post-partum
		PEC	- **Suivi psychothérapeutique** ambulatoire, prolongé en post-partum - Association avec un **antidépresseur** ou un **anxiolytique** uniquement si symptômes sévères
	Déni de grossesse		= 3 grossesses/1000 : **refus non volontaire de reconnaître l'état de grossesse** > **22 SA** (déni partiel), parfois **jusqu'à l'accouchement** (déni total) - **Complaisance somatique** = peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse : poursuite de **ménorragies**, aucune ou peu d'augmentation du volume mammaire, aucune ou faible augmentation du volume abdominal et de poids - Découverte de la grossesse souvent **fortuite** - **FdR obstétrical** : manque de suivi médical, accouchement en conditions d'urgence
		DD	- **Grossesse masquée** : dissimulation volontaire, principalement chez l'adolescente ou en cas d'environnement hostile à la grossesse
		PEC	- **Surveillance psychologique** de la mère et des interactions précoces mère-bébé
Troubles psychiques du post-partum	→ Complications psychiatriques plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse		
	Post-partum blues		= ***Baby blues*** : état non pathologique, à risque d'évolution vers un trouble dépressif si prolongé ou sévère - Concerne de **30 à 80%** des accouchées - Survient entre le **2ème et le 5ème jour** après l'accouchement, avec un **pic au 3ème jour** - Durée de quelques heures jusqu'à **4 à 10 jours**
		C	- **Anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie** - **Troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques** - **Crises de larme, susceptibilité, crainte d'être délaissée** ou **de ne pas pouvoir s'occuper du bébé**
		PEC	- Aucune indication de traitement médicamenteux - Relation mère-enfant, relation avec les soignants, mobilisation de l'entourage, information sur le caractère fréquent et provisoire, attitude chaleureuse et compréhensive - **Surveillance** : si les symptômes persistent > 2 semaines ou s'intensifient = **épisode dépressif caractérisé du post-partum**
	Troubles anxieux		= Période propice à l'aggravation des **troubles anxieux**, notamment des **TOC** - Isolés ou associés à d'autres symptômes du post-partum - Apparition ou expression de troubles anxieux préexistants
		Phobie d'impulsion	= **Angoisse de passage à l'acte à l'égard du bébé**, jusqu'à la **phobie infanticide** - La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées
		Etat de stress post-traumatique	= Après un **accouchement ayant eu lieu en urgence** et/ou **avec des complications obstétricales**

Troubles psychiatriques du post-partum

Troubles de l'humeur

= 10-20% des femmes : souvent **1er épisode dépressif caractérisé**, souvent d'intensité légère ou modérée
- Survenue : - Prolongation des symptômes du ***post-partum blues*** **après 15 jours**
- Apparition dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent dans les **3 à 6 semaines**

Episode dépressif caractérisé du post-partum

- **Humeur triste**, sentiment de découragement et d'incapacité dans la fonction maternelle
- **Plaintes somatiques insistantes** : céphalées, douleurs abdominales…
- **Anxiété importante** s'exprimant par des **phobies d'impulsion**, des **craintes de faire du mal au bébé** et un **évitement du contact avec le bébé**
- **Forte culpabilité**, avec **minimisation des troubles**, voire **dissimulation**
- **Troubles des interactions mère-bébé**
- **Retentissement sur le bébé** (souffrance psychique) : **troubles du comportement** (agitation, apathie), **retard du développement psychomoteur**, **troubles fonctionnels** (sommeil, alimentation), **pathologie médicale** (coliques, eczéma…)
→ Evaluer le **risque suicidaire** et **d'infanticide**

Caractéristique mixte
- **Signes d'hypomanie** : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle…

Caractéristique psychotique
- **Idées délirantes de thème centré sur le bébé** (**idée de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement**) ou **sur la filiation** (**négation du couple, de la maternité**)
- **Risque suicidaire** ou **risque d'infanticide** majeur
→ A différencier de la psychose puerpérale

Pronostic
- Risque de **récidive dépressive** au cours d'une nouvelle grossesse ou en dehors de la périnatalité
- Parfois 1ère manifestation d'un **trouble bipolaire**
- Impact important sur le développement psychique de l'enfant

Prévention
- **Qualité des échanges** avec l'équipe obstétricale, généraliste et psychiatre
- **Suivi des post-partum blues**
- **Assistance sociale** si besoin

TTT
→ **Hospitalisation** si trouble sévère ou risque suicidaire ou d'infanticide : privilégier **l'hospitalisation conjointe mère-enfant**, sauf en cas de défaillance maternelle grave ou de danger immédiat pour le bébé
- **Psychothérapie individuelle** avec **consultation thérapeutique mère-bébé**
- **Antidépresseur ± anxiolytique** (ou **thymorégulateur** si caractéristique mixte)
- **Arrêt de l'allaitement** conseillé
- **Sismothérapie** : si tableau mélancolique
- Suivi ambulatoire pluridisciplinaire : psychiatre, pédiatre, MG, PMI

Psychose puerpérale

= **Episode psychotique bref du post-partum** : 1-2 naissances/1000
- Début le plus souvent brutal, dans les **4 semaines** suivant l'accouchement, avec pic de fréquence à **J10**

C
- Prodrome : **post-partum blues sévère** et/ou avec éléments de **confusion** ou de **bizarrerie**
- **Agitation** avec **troubles de l'humeur** et **éléments confusionnels**, labilité des symptômes
- **Idées délirantes** : thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint
- **Manifestations thymiques** marquées : alternance de **phases mélancoliques** et **de phases maniaques avec agitation**
- **Syndrome confusionnel** : désorientation temporo-spatiale, perturbation du rythme circadien
- **Risque suicidaire** ou **d'infanticide majeur**

Evolution
- **Accès isolé** dans **70%** des cas
- **Récidives** aux décours de grossesses ultérieures dans **20%** des cas
- **Trouble psychiatrique chronique** (**schizophrénie ou trouble bipolaire**) dans **10%** des cas

PEC
→ Urgence thérapeutique
- **Hospitalisation en milieu spécialisé**, avec ou sans consentement
- Assurer la sécurité du bébé : **séparation mère-enfant** avec **rapprochement progressif surveillé**
- **Antipsychotique atypique ± anxiolytique**
- **Arrêt de l'allaitement**
- **Sismothérapie** : selon la gravité, le risque suicidaire ou le risque d'infanticide
- **Psychothérapie individuelle maternelle** et **consultations thérapeutiques mère-bébé** dès la sortie d'hospitalisation
- **Suivi maternel prolongé**, multidisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, MG, PMI)

	Episode maniaque du post partum	Débute dans les semaines suivant l'accouchement, mais possible au 3ème trimestre, 1 naissance sur 1000.	
		C	- Symptomatologie habituelle : épisode maniaque avec particularités. - Prodromes : post-partum blues sévère avec confusion ou bizarrerie. Confusion peut persister pendant épisode. - Rechercher caractéristiques mixtes - Caractéristiques psychotiques à rechercher car plus fréquentes (mécanisme polymorphe, thématique maternité, accouchement, bébé, conjoint). - Risque majeur suicide et infanticide.
		E	- Permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. - Moitié des cas : récidive épisode thymique dans grossesse ultérieure.
		PEC	➔ Urgence thérapeutique - **Hospitalisation en milieu spécialisé**, avec ou sans consentement - Assurer la sécurité du bébé : **séparation mère-enfant** avec **rapprochement progressif surveillé** - **Thymorégulateur** (+ **APA si caractéristiques psychotiques)** - **Arrêt de l'allaitement** - **Sismothérapie** : selon la gravité, le risque suicidaire ou le risque d'infanticide - **Psychothérapie individuelle maternelle** et **consultations thérapeutiques mère-bébé** dès la sortie d'hospitalisation - **Suivi maternel prolongé**, multidisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, MG, PMI)